

2017年度インフルエンザワクチン接種費用の補助金請求書

太枠内は全て記入願います。

				記入日	平成 年 月 日
被 保 険 者	スタッフNo.	ふりがな	氏名	押印必須 (印)	生年月日
					3.昭和 年 月 日 4.平成 年 月 日

接種費用金額(税込)	¥ -	接種補助金額(税込)	¥ -
------------	-----	------------	-----

領 収 書 貼 付 欄

【注意事項】

- ① 接種医療機関の発行する領収書を必ず糊付けしてください。
(領収書がない場合には、補助の対象外となります。)
(宛名:本人名であるもの・レシートでも可)
- ② インフルエンザワクチン接種費用は医療費控除の対象とはなりませんので、領収書は原本を添付してください。但し、医療費と合算された領収書をお持ちで、医療費控除に使用の場合は、コピーを添付し、下記に○をつけてください。

インフルエンザワクチン接種費用と医療費を合算した領収書の原本は医療費控除に使用するため、コピーを添付します。
--

- ③ インフルエンザワクチン接種費用補助の市区町村助成がある場合は、自己負担された接種費用について補助いたしますので、助成金を差し引いた接種費用を記入してください。
- ④ 提出期限は、1月19日(業務支援部)必着となります。
- ⑤ 補助金は、給与に含めて支給(給与所得)します。
※給与明細には「予防接種補助」と明記されます。(課税対象)
- ⑥ 補助金は接種金額の半額です。(上限:3,000円)
例1) 接種費用7,000円の場合 3,000円→クリエ負担 4,000円→個人負担
例2) 接種費用4,000円の場合 2,000円→クリエ負担 2,000円→個人負担

業務支援部長	業務支援部受付